

## EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E (COM)PARTILHAMENTO DE DECISÃO TERAPÊUTICA: EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Nathalie Alves Agripino<sup>1</sup>  
Edvania Maria da Silva<sup>2</sup>  
Leonardo Carnut<sup>3</sup>  
Éven Morgana da Silva<sup>4</sup>  
Mayara Silva Queiroz<sup>5</sup>

### Resumo

O trabalho multidisciplinar é caracterizado pelo compartilhamento de conhecimentos em uma mesma equipe composta por diferentes profissionais, cada um contribuindo para o aprendizado do outro, resultando num compartilhamento de decisões que irão favorecer de forma integral para o cuidado com o usuário. Seguindo este conceito, é objetivo deste trabalho analisar dentro do âmbito da atenção básica em saúde as experiências de trabalho em equipe que (com)partilham decisões na construção do cuidado. Foi realizada uma revisão da literatura, sistematizada e descritiva, através da base de dados Lilacs, utilizando os descritores de assunto “atenção básica”, “atenção primária em saúde”, “comunicação interdisciplinar” e “equipe interdisciplinar de saúde” entre os anos de 2001 a 2013. O estudo revelou que o trabalho em equipe na atenção básica em saúde se caracteriza por profissionais que ainda realizam seu trabalho voltado para o modelo biologicista, centrado na figura do médico e com quase nenhuma troca de informações, sendo o cirurgião-dentista o que menos apresenta interação com o médico ou enfermeiro. Para tanto, é imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa entre os profissionais voltada para o cuidado integral do paciente/usuário na atenção básica.

**Descritores:** Atenção Básica; Atenção Primária em Saúde, Comunicação Interdisciplinar; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

---

<sup>1</sup> Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco (UPE). Campus Santo Amaro.

<sup>2</sup> Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco (UPE). Campus Santo Amaro.

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Pública (Política, Gestão e Saúde) pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Professor Adjunto da Universidade de Pernambuco (UPE).

<sup>4</sup> Graduanda em Odontologia pela Universidade de Pernambuco (UPE). Campus Arcoverde.

<sup>5</sup> Graduanda em Odontologia pela Universidade de Pernambuco (UPE). Campus Arcoverde.

## **INTRODUÇÃO**

A atenção básica é o serviço de primeiro contato ou é a ‘porta de entrada’ do usuário no sistema de saúde, e que tem como principal função garantir atenção à maior parte das necessidades de saúde e filtrar o acesso a níveis de maior complexidade<sup>1</sup>.

O conceito de Equipe Multidisciplinar seria de um grupo de profissionais de diferentes áreas da saúde, que se reúnem para discutir o caso de um determinado paciente, e que são capazes de contribuir de forma independente para o diagnóstico e/ou tratamento deste paciente em questão. Essa estratégia vem sendo mais fortemente utilizada com o foco no compartilhamento do conhecimento entre os diversos profissionais presentes, e com o objetivo de otimizar a tomada da decisão final e o plano terapêutico a ser seguido, culminando com um real benefício ao paciente. É um importante pressuposto para atingir a integralidade como dimensão das práticas de saúde, que contribui para a organização e eficácia do trabalho nos serviços, além de atender de maneira ampliada as necessidades da população<sup>2</sup>.

Atualmente, o trabalho em saúde vem sendo desenvolvido de forma coletiva, multiprofissional e em cooperação, pois favorece uma maior integração entre os profissionais. No entanto, no SUS, a rotina clínica permanece centrada, em geral, no tratamento efetuado mecanicamente como linha de produção, constituído por ações fragmentadas, em que cada área se responsabiliza por uma parte do cuidado ofertado<sup>3,4</sup>. No Brasil, com a implantação da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica, a equipe de saúde passou a considerar o usuário inserido em seu contexto familiar e comunitário. Com isso, foi necessário (re)pensar o processo saúde/doença, não exclusivamente do ponto de vista do indivíduo, mas baseada no sujeito, como um ser social<sup>3</sup>.

Dentro deste contexto, é objetivo deste trabalho foi analisar dentro do âmbito da atenção básica em saúde as experiências no que rege o (com)partilhamento multiprofissional de decisões na construção do cuidado.

## **MARCO TEÓRICO**

A evolução das Equipes Multiprofissionais, em uma perspectiva histórica é apoiada em uma ideia principal: as consequências e alterações nos processos de trabalho para acompanhar as transformações da sociedade e as necessidades de saúde da população<sup>5</sup>.

Segundo Caldeira<sup>5</sup>, a revolução científica, a industrialização e a expansão das populações urbanas no final do século XIX contribuíram para a insatisfação com a prática médica. E como tentativa de ajustar a formação médica às necessidades de saúde da época, foi publicado em 1910 nos Estados Unidos (EUA), o Relatório Flexner. Mesmo com a cientificidade trazida pelas melhorias proporcionadas pelas recomendações flexnerianas à época, hoje em dia esse modelo gerou um tal nível de fragmentação das práticas sanitárias tornando-se o novo problema que emerge a partir dos anos 70 do século XX.

A priorização internacional da Atenção Primária em Saúde, marcada a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, onde se instituiu que os cuidados primários de saúde incluíssem a educação, no que diz respeito aos problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, fez com que os organismos internacionais de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), passassem a enfatizar a necessidade de estudar o contexto sócio-cultural das populações para uma melhor adequação das práticas de saúde, incluindo assim a educação em saúde<sup>6,3</sup>. Desde então se estabeleceu o consenso de que

a Atenção Primária seria a estratégia fundamental e a porta de entrada do sistema de saúde com capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde da população<sup>7</sup>.

Os anos 90 foram palco de intensos debates acerca da noção de integralidade da saúde com vista a uma atuação multiprofissional na modalidade de trabalho em equipe, esse momento marcou a história das equipes multiprofissionais por integrar vários profissionais de saúde, constituindo um leque variado e articulado, abarcando as múltiplas dimensões da saúde. A partir desta década, em busca de reorientação, expansão e qualificação da Atenção Básica em Saúde, o Ministério da Saúde iniciou a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>1</sup>:

“Em 1991, o PACS foi institucionalizado com uma função prioritariamente materno-infantil e sua implantação foi considerada inovadora, pois estimulava a participação ativa de agentes sociais na execução de políticas públicas de saúde, iniciando a vinculação da população com os serviços. Entretanto, somente em 1997, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.886/GM, aprovou as normas e diretrizes para a regulamentação da implantação e operacionalização do PACS e do PSF”.<sup>1</sup>

O PSF foi criado como política de saúde objetivando uma nova organização no processo de trabalho da atenção básica em saúde no Brasil, mas só aconteceu como estratégia de consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde), a partir de dezembro de 1993<sup>9</sup> e desde então foi eleita como prioritária para a reorientação do modelo de atenção à saúde, no sentido de reverter modelos de assistência centrados na produção da cura de doenças – modelo tradicional, que tem como local privilegiado o hospital – para modelos centrados no cuidado dos indivíduos, levando-se em consideração seu contexto socioeconômico e cultural – tendo como local privilegiado de atuação, o território em que se encontram –, o que possibilita as equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.<sup>8,9</sup> Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), sendo que o ACS é, obrigatoriamente, oriundo da comunidade, e por isso, este é o que melhor possui o conhecimento da realidade social da comunidade<sup>1</sup>.

“Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, que define o PSF como estratégia prioritária para sua organização. O plano também prevê a capacitação e formação das equipes através do Ministério da Saúde, novas formas de financiamento e redução do número de pessoas atendidas por cada equipe”.<sup>10</sup>

No Brasil, desde as décadas sessenta e setenta, o debate em torno das políticas de saúde considerando o perfil de necessidade de saúde da população, apontava como causa principal a formação especializada e curativa dos profissionais de saúde e a necessidade de incentivar a utilização de métodos que estimulassem o papel do educador quebrando com a tradição autoritária e normatizadora até então tão presente nas práticas educativas de saúde<sup>6</sup>. A formação em saúde do desenvolvimento científico e técnico, a visão positivista/mecanicista distanciou o médico do paciente, dificultando a compreensão da pessoa como um todo e impossibilitando o diagnóstico de muitos problemas passíveis de serem cuidados pelos profissionais da saúde<sup>5</sup>.

O documento publicado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 1987 ratifica tal percepção elencando o problema da assistência médico-hospitalar como um problema da área da saúde, além da priorização da assistência voltada para o interesse do capital. Estas inferências ideológicas são reflexos da crise do modelo médico previdenciário, principal modelo de atenção à saúde no Brasil que vigorou das décadas de sessenta a oitenta, bem como expressam as influências das transformações político-sociais surgidas a partir dos anos de 1970 no contexto mundial e que culminaram na ampliação da concepção de saúde, bem como no esforço de reformulação dos sistemas de saúde vigentes. Assim como a Declaração de Alma-Ata, outro documento que evidenciam este movimento é o relatório Lalonde, de 1974, no qual o então ministro do Canadá propõe outros componentes, além da biologia humana, como sendo essenciais para análise dos problemas de saúde da população<sup>2</sup>.

Outro ponto importante é o desafio da inserção da saúde mental na rede de atenção básica, especialmente por meio das equipes de saúde da família. No Brasil, esta tem sido uma preocupação desde o final da década de setenta, onde se começou a questionar dentro das instituições psiquiátricas, quais suas formas de tratamento dentro de um processo de desconstrução crítica dos manicômios, de rupturas conceituais e invenção de novas propostas assistenciais. Sendo assim, iniciou-se a reforma psiquiátrica, constituído por um período de construção de um grande projeto político de transformação que se consolidou em uma política oficial do Ministério da Saúde, sendo inaugurado em 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Itapeva, São Paulo<sup>10</sup>. Ainda segundo Delfini<sup>10</sup>:

“Em 2001, houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a aprovação da Lei Federal nº 10.216, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e o redirecionamento do modelo. Desde então, muitas experiências, modelos e serviços foram sendo construídos por todo o país”<sup>10</sup>.

O principal contribuidor da Atenção Primária em Saúde no Brasil é o SUS, instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988, após um processo histórico de lutas organizadas em torno do movimento de reforma sanitária, sintetizado pela defesa de que "Saúde é direito de todos e dever do Estado",<sup>8</sup> o SUS é considerado por muitos autores como uma das grandes conquistas do país<sup>2</sup>, seu sucesso, mesmo dentro de um país tão extenso e diverso, segundo Demeneck<sup>11</sup>:

“Está na sua flexibilidade em se adequar às diferentes realidades locais. Uma das propostas do SUS é a descentralização, por permitir que dentro de um mesmo município as equipes de saúde possam desenvolver trabalhos diferenciados, dependendo da realidade e das necessidades de cada região”<sup>11</sup>.

## **METODOLOGIA**

Foi utilizada como fonte de pesquisa a base de dados Lilacs através da utilização dos descritores de assunto “atenção básica”, “atenção primária em saúde”, “comunicação interdisciplinar” e “equipe interdisciplinar de saúde”. Como critério de inclusão dos trabalhos científicos levou-se em consideração publicações dos anos 2001 a 2013. Cinquenta e oito trabalhos versando sobre experiências da equipe multiprofissional na atenção básica foram filtrados. Como primeiro filtro para a seleção dos trabalhos científicos foram lidos os títulos e

resumos, sendo selecionados aqueles que apresentaram identificação com o assunto, restando 13 artigos e 2 dissertações de mestrado. Esse conteúdo foi descrito e serviu de base para os questionamentos sobre as condições em que o (com)partilhamento das decisões ocorrem no dia a dia dos serviços.

## RESULTADOS DA REVISÃO

Vários trabalhos apontam para a crise do modelo biomédico no sistema de saúde. Não se encaixa nos padrões atuais em saúde o caráter medicalizante, a valorização única e exclusiva dos aspectos biológicos, a atenção impessoal.

A visão da saúde enquanto mercadoria, e não como um direito, resulta na valorização da especialização em saúde, visto como um produto mais caro; na realização de exames, muitas vezes desnecessários; além da medicalização exagerada, em que o diálogo não é considerado terapêutico. Construindo a visão de que o médico é o detentor do conhecimento, que tem em suas mãos o poder da cura<sup>8</sup>.

Outro dado relevante de assumir é o de que nenhum profissional possui todas as ferramentas necessárias para exercer o cuidado. É necessário trabalho em equipe. É importante compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresenta potencial de intervenção nos processos de produção do cuidado, e que todos esses são responsáveis pelo processo, marcado pelo núcleo específico de cada profissional. A formação hospitalocêntrica e biologicista na saúde não vem preparando profissionais com a competência de criar espaços públicos de negociação, de trabalhar em equipe ou de reconhecer, respeitar e integrar o outro<sup>8</sup>.

Estudos dos últimos dez anos mostram que a discussão sobre o trabalho de equipe multiprofissional vem ganhando força.

“Alavancada pela tendência internacional de apresentar este tipo de trabalho em saúde como alternativa à necessidade de racionalização da assistência médica, tendo em vista o aumento do uso de tecnologias de ponta e da demanda da população por serviços em consequência do aumento das doenças crônicas e do envelhecimento da população”.<sup>2</sup>

O que constitui um recurso para otimizar o tratamento das doenças, possibilitando resultados mais eficazes do que o tratamento profissional individualizado<sup>2</sup>, desenvolvendo o trabalho em saúde de forma coletiva, multiprofissional e em cooperação<sup>3</sup>.

Nesse contexto, a adequação entre os processos de ordem organizacional ou gerencial e a filosofia preconizada para o PSF no Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar como questão central no programa<sup>4,12</sup>.

Segundo Santana e Carmagnani<sup>9</sup>, a Unidade de Saúde da Família (USF) está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. E deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias.

“Os profissionais devem estar inseridos num processo de gestão do trabalho que preconize a educação permanente no trabalho mediante ações concretas direcionadas às necessidades da população, com qualificação profissional que contemple a sociedade, conhecendo, fiscalizando e contribuindo para o fortalecimento do controle social no SUS”.<sup>12</sup>

“É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que "prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”<sup>9</sup>.

“São novos fatores da clínica na contemporaneidade: a necessidade de integrar o outro no seu projeto terapêutico individual, de conhecer o significado de seu adoecer, de integrar seu agir e seus referenciais de explicação sobre o que sente e os processos que experimenta, de atuar junto dele buscando autonomia e felicidade”<sup>8</sup>.

Para alcançar os objetivos do programa, o trabalho em equipe se torna pressuposto para a integralidade das ações de saúde, exigindo um foco multidisciplinar e requerendo a construção de projeto assistencial comum para atender com qualidade as necessidades dos usuários. Sabendo reconhecer que os indivíduos não escolhem arbitrariamente viver ou trabalhar juntos, mas devem formar novo agrupamento diante de cada situação que se apresenta com todas as suas representações e vivências anteriores, a fim de proporcionar o melhor para o paciente<sup>13</sup>. Além disso, assim evita-se a duplicação de serviços, com um atendimento coordenado ao paciente<sup>14</sup>.

O diálogo aparece como ponto chave para a corresponsabilização das equipes de atenção básica.

No estudo realizado por Onocko-Campos<sup>7</sup> a implantação diferenciada do apoio matricial, com regularidade dos encontros, participação de toda a equipe, proposição de assistência conjunta entre profissionais dos Caps e UBS, parece ter produzido de fato maior corresponsabilização pelos casos: “Isso parece refletir maior integração da equipe de forma geral, incluindo ACS e a equipe de saúde mental como componentes de um grupo único, coeso”<sup>7</sup>.

Embora os profissionais reconheçam a necessidade do trabalho interdisciplinar, muitas vezes a atenção primária ocorre no âmbito individual<sup>5,6</sup>.

Trabalhando como parte de uma equipe multidisciplinar significa que os profissionais compartilham a responsabilidade e a prestação de contas para atendimento dos pacientes. Mas como pode ser visto no trabalho de Hills, Mullett e Carroll<sup>14</sup> os médicos sentem a responsabilidade final pelo atendimento dos usuários, além disso, alguns membros da equipe perceberam que os médicos não entendiam que o trabalho em equipe não iria aumentar sua carga de trabalho, mas acabaria por tornar seu trabalho mais fácil<sup>14</sup>.

O que pode ser observado é que existem barreiras para a interdisciplinaridade. Dentre elas, a formação profissional tecnicista e biologicista, voltada ao trabalho individual; práticas individualistas; desconhecimento do trabalho dos outros profissionais; falta de autopercepção de grupo; diferenças entre expectativas, valores e linguagem dos profissionais e da população; disputa de mercado pelos profissionais; e "centralidade na produção de procedimentos em vez da produção de cuidados reforçando a organização do trabalho em etapas, em que cada profissional faz a 'sua parte', gerando alienação da finalidade do trabalho"<sup>5</sup>. Outra barreira é a sensação de inferioridade por parte dos profissionais da atenção primária perante o médico, essa sensação era reforçada pela crença da própria população de que a inferioridade era real, ou seja, o médico é aquele que detém o conhecimento maior sobre o processo saúde/doença e isso se refletia nas relações dos profissionais quando compartilhavam pacientes<sup>4</sup>.

É importante destacar também o papel dos ACS na formação da equipe multiprofissional, estes realizam tarefas que não se restringem ao campo da saúde, caracterizando-os como um trabalhador genérico e de identidade comunitária.<sup>1,2,3,7</sup>

A troca de informações entre os profissionais não acontece de forma hegemônica, observa-se que o profissional que mais busca a resolução dos problemas dos usuários e esclarecimento de dúvidas juntamente com outros profissionais é o ACS, o que ocorre também entre o enfermeiro e o médico. Já o profissional de saúde bucal é o que está mais distante do trabalho do médico e do enfermeiro<sup>2</sup>.

Não basta compor as equipes com profissionais de várias áreas, é necessário a interação dos profissionais, que os saberes, tecnologias, circulem em benefício do cuidado<sup>8</sup>. Para que ocorra a articulação de ações cada profissional de saúde deve ter certo conhecimento do trabalho do outro, e, principalmente, reconhecer sua necessidade e importância para a atenção integral à saúde da população<sup>11</sup>.

Como pode ser visto no trabalho de Borges e Dohn (2006) citado por Demeneck<sup>11</sup>, os autores afirmam que a própria formação do profissional de saúde é uma das raízes das dificuldades do trabalho em equipe na prática, pois na graduação a maioria dos profissionais não estão preparados para desenvolver habilidades de interação, relações construtivas com outros profissionais. Há uma formação voltada para o desenvolvimento de suas competências técnicas, dentro de um modelo biomédico e fragmentado. As competências interpessoais muitas vezes acabam ficando em segundo plano<sup>11</sup>.

“O que ocorre na prática cotidiana dos serviços de saúde é que o trabalho da equipe de saúde torna-se inexistente, na medida em que, embora compartilhando o mesmo espaço físico os profissionais atuem de forma isolada, muitas vezes perdendo-se a noção do que seria uma abordagem integral do usuário” (Borges e Dohn, 2006 *apud* Demeneck, 2008).<sup>11</sup>

Outra questão é a falta de integração com os estudantes devido à não compreensão dos profissionais sobre a importância da sistematização da prática educativa, é apenas outra face da fragmentação do cuidado, em que a presença do estudante inibe a comunicação entre os membros da equipe<sup>6</sup>. Para haver interdisciplinaridade, é preciso confiança por parte dos membros da equipe, e o que se observa é que a integração começa a ocorrer apenas quando a insegurança em relação aos estudantes é dissipada<sup>5</sup>.

## DISCUSSÃO

Como pode ser visto na revisão literária a estratégia de equipe multidisciplinar vem sendo cada vez mais reforçada na literatura, mostrando-nos como ela é um importante pressuposto para a realização do cuidado integral. O novo modelo assistencial exige dos profissionais um processo mais humanístico, respeitando a autonomia do paciente e levando-o em consideração como um ser biopsicossocial, definindo o modelo flexneriano. Dessa forma, o trabalho em equipe contribui para eficácia dos serviços de saúde.

A estratégia foi implementada para fortalecer o novo modelo de atenção à saúde, que prioriza ações de promoção e proteção, com cuidado integral a todos os indivíduos. Gerando uma assistência comum de todos os profissionais integrantes da equipe, de acordo com as necessidades do usuário.

Essa forma de trabalho também ajuda a desfalecer a visão da saúde como uma mercadoria, a disputa entre os profissionais e o modelo de produção de procedimentos, como se o usuário fosse uma “máquina” que precisa ser concertada. Além disso, ajuda na

racionalização de exames complementares, pois com uma equipe integrada todos os profissionais têm acesso aos resultados, e o exame seria solicitado uma única vez.

Pode-se observar, também, que a estratégia ainda está em fase de processo no âmbito da atenção básica em saúde, pois ainda há uma resistência por parte dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) em interagir entre si. Não há diálogo, e muito menos partilhamento de conhecimentos. Os profissionais atuam de forma individual, além de haver uma hierarquia entre os componentes da ESF, em que o médico está em um patamar mais alto, caracterizado por ser o detentor do conhecimento. E os ACS são inferiorizados, tendo seu trabalho menosprezado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho multidisciplinar nas práticas de atenção à saúde acontece com a valorização das diversas profissões que contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. A atenção do cuidado passa a ser descentralizada, não estando mais configurada à figura do médico, está agora dividida em uma equipe.

Mas, infelizmente, como pode ser visto na literatura muitos profissionais que estão inseridos na atenção primária em saúde, não estão preparados para exercer essa prática, talvez pelo fato de sua formação ter sido voltada para a habilidade técnica, no modelo biologicista. Não há compartilhamento, eles atuam de forma isolada mesmo quando estão juntos, gerando uma fragmentação do cuidado e fortalecendo a ultraespecialização dos profissionais.

Em suma, para que o processo de trabalho em equipe seja realmente efetivo e eficaz, é necessário que todos os integrantes conheçam um pouco do trabalho do outro e que estejam abertos a novas ideias, compartilhando conhecimentos e experiências. Não é só trabalhar um ao lado do outro, é necessário que haja interação entre os profissionais. Todos devem se sentir “peça” fundamental do processo e a sensação de inferioridade não deve existir por parte de nenhum dos trabalhadores. Assim, pode-se construir um cuidado integral ao paciente, levando em consideração fatores sociais do processo saúde/doença.

O processo de trabalho em equipe multidisciplinar faz com que o sujeito seja abordado a partir de várias perspectivas, e que serão complementadas entre elas, alcançando um real benefício ao usuário.

## **REFERÊNCIAS**

1. Loures LF, Silva MCS. A Interface entre o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde e do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 Jul; 15(4): 2155-2164.
2. Pereira RCA. O Trabalho Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Rio de Janeiro; 2011. Mestrado [Dissertação em Ciências na área de Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz.
3. Lanzoni GMM, Meirelles BHS. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(3): 464-470.
4. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde soc.* 2011; 25(4): 961-970.

5. Caldeira ES, Leite MTS, Rodrigues-Neto JF. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. *Rev. bras. educ. med.* 2011 out./dez; 35(4): 477-485.
6. Silva JL. A prática educativa com expressão da prática profissional no contexto da Equipe de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2010. Mestrado [Dissertação em Enfermagem, Saúde e Sociedade] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
7. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, Dantas DV, Nascimento R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2012 Fev; 46(1): 43-50.
8. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos EMS, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface - Comunic. Saude. Educ.* 2009 out./dez; 13(31):315-328.
9. Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saude soc.* 2001 jan./jul; 10(1):33-53.
10. Delfini PSS ; Sato MT; Antoneli PP; Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009 set./out; 14(Sup.1):1483-1492.
11. Demeneck KA. Características da Atenção Primária à Saúde. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 2008; 37(1):84-90.
12. Noronha MGRCS, Lima Filho DL. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(3): 1745-1754.
13. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. 2001 Jun; 35(3): 303-311.
14. Hills M, Mullett J, Carroll S. Community-based participatory action research: transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Rev Panam Salud Publica.* 2007 Fev./Mar; 21(2-3):125-135.
15. Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AL, Aranha e Silva AL, Vargas D, Oliveira MAF, Barros S. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(Esp 2):1256-60.